Rok XLVIII. Kraków, dnia 14. sierpnia 1909. Nr 33.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Ze szpitala OO. Bonifratrów w Krakowie.

O doświadczeniach z gryseryną.

Podał
Dr Jan Frączkiewicz,
Prymaryusz oddziału chorób wewnętrznych.

Wobec istnej powodzi nowych środków leczniczych i nowych »specyfików«, wyrabianych przeważnie przez pruskie fabryki farb i bardzo pomysłowo i skutecznie reklamowanych, każdy z nas zachowuje się mniej więcej obojętnie; oglądnie się przesłaną »darmo i opłatnie« próbkę środka leczniczego i jego literaturę, napisaną pod firmą klinik niemieckich, a na zamówienie fabrykantów, — i przechodzi się nad tem do porządku dziennego; często jednak zachęci nas forma lub nazwa leku i tu i ówdzie zapisujemy go choćby dla dogodzenia wybrednemu pacyentowi zupełnie nowym lekiem.

Mnie w roku 1905 zajął, a raczej z początku zaintrygował jeden z tych środków tak oryginalnością literatury, jakoteż oryginalnością opisywanego działania leczniczego. Środkiem tym była gryseryna. Literatura o tyle była oryginalna, że autorów można było podzielić na dwie wrogo przeciw sobie walczące grupy. Jedna grupa, z Konradem Küsterem na czele, kruszyła kopie w obronie gryseryny, druga, z Prof. Posnerem, gryserynę uważała za blagę.

Samą literaturą tutaj dłużej zajmować się nie myślę i nie warto. O ile sądzić mogę, pod względem naukowym pozostawia ona wiele do życzenia, z drugiej jednak strony daje się odczuć uprzedzenie i osobista animozya. Gryseryna miała być środkiem leczniczym wprost idealnym, o jakim terapia marzy.

Znaczna część chorób, zwłaszcza z zakresu chorób wewnętrznych polega na zakażeniu ustroju mikrobami; znamy wiele rodzajów mikrobów, wywołujących pewne choroby; istnieje jednak i wiele chorób, o których wiemy, że przyczyną ich są mikroby, lecz mikrobów tych nie znamy (np. odra, dur osutkowy, płonica, gościec, ospa i t. d.).

Mamy bardzo wiele środków bakteryobójczych, które chorobotwórcze drobnoustroje, o ile one się znajdują poza ustrojem, skutecznie niszczą i zabijają; jeśli jednak drobnoustroje te znajdują się w żywym ustroju ludzkim, jesteśmy w wielu przypadkach chorób zakaźnych wprost bezsilni, bo środki bakteryobójcze, wprowadzone do ustroju w dawce odpowiedniej, zabiłyby także i ustrój, a w mniejszej, nieszkodliwej dla ustroju dawce okazują się niewystarczające dla zabicia bakteryi.

Że mogą istnieć środki, które mogą niszczyć mikroby w ustroju, a nie szkodzić zarazem znacznie ustrojowi, dowodem tego jest choćby swoista skuteczność soli kwasu salicylowego w gośćcowych zapaleniach stawów, chininy w zimnicy; te środki jednak wobec innych, niejako powiedziałbym odporniejszych, mikrobów, są niewystarczające, są nieskuteczne. Marzymy też ciągle o takim środku bakteryobójczym, któryby był dla ustroju nieszkodliwy, a powstrzymywał rozwój bakteryi w ustroju, lub je wprost niszczył. I zdaje się, że ze zdobycia takiego środka zrezygnowaliśmy; badania zwróciły się w kierunku uodparniania ustroju na działanie bakteryi, w kierunku seroterapii, i sądząc z dotychczasowych wyników, mamy nadzieję, że seroterapia odda nam niezwykle cenne usługi.

Kiedy cały świat lekarski uwagę swą w tym właśnie kierunku zwrócił, pojawiła się w roku 1904 w Berlinie broszura, pisana przez laika Ryszarda Griesego: »Zupełne wyleczenie gruźlicy zapomocą wewnętrznego odkażenia« (Absolute Heilung der Tuberculose auf dem internen Desinfectionswege). W broszurze tej podaje autor, że sam doszedł, iż odkażenie wewnętrzne da się przeprowadzić zapomocą »loretyny«, który to przetwór podał Prof. Claus z Freiburga w 1893 r., jako zastępczy w miejsce jodoformu, a zatem do zewnętrznego użytku; jestto wedle nazwy niemieckiej: »Orthooxychinolin-meta-jod-ana-sulfosäure«. Przetwór ten wypróbował na sobie samym p. Griese, zażywając jednorazowo 5 gramów wewnętrznie i prócz biegunki żadnych innych szkodliwych skutków nie zauważył; zmodyfikował go przez zmieszanie z węglanem sodowym, podnosząc jego siłę bakteryobójczą pięciokrotnie i nazwał »gryseryną«, a nie mogąc znaleźć bezinteresownej pomocy ze strony lekarzy w Berlinie w celu ściśle naukowego zbadania środka i wypróbowania go, puścił się na partactwo i miał u kilku, przez lekarzy opuszczonych suchotników, otrzymać zadziwiające wyniki i te ogłosił w powyżej podanej broszurze. Broszura ta jednak nie zrobiła najmniejszego wrażenia i nikt się sprawą tą bynajmniej nie interesował, ponieważ sprawa nie miała żadnej naukowej podstawy, ani uzasadnienia. Griese wówczas sam zwrócił się po raz drugi do kilku lekarzy i ci, a mianowicie K. Küster, Mahner-Mons, Dörschlag, postanowili przeprowadzić doświadczenia z gryseryną. Doświadczenia te miały wypaść tak dla gryseryny korzystnie, że lekarze ci ogłosili artykuły o zupeł-

nej uleczalności gruźlicy nawet w III okresie, o wyleczalności nowotworów złośliwych, nie dających się operować o rzeczach przeto, wedle obecnych pojęć nauki niemożliwych. Artykuły te, zdaniem mojem, właściwie gryserynie najwięcej zaszkodziły; żadna powaga naukowa głosu w tej sprawie poprostu zabrać nie śmiała, a kilka złośliwych artykułów przeciwników sprawę do reszty pogrzebało. Rzecz ta bardzo mnie zaintrygowała i postanowiłem przeprowadzić samoistne bezstronne doświadczenia.

Doświadczenia moje rozpocząłem w 1905 r. jeszcze w starym szpitalu OO. Bonifratrów, a więc w warunkach niezbyt pomyślnych, starałem się jednak rzecz o ile można ściśle przeprowadzić. Wskutek przenoszenia się do nowego budynku szpitalnego zmuszony byłem doświadczenia chwilowo w r. 1906 przerwać, a rozpocząłem je na nowo w warunkach o wiele lepszych w r. 1907 i dotychczas je przeprowadzam. Prawie do połowy r. 1908 używałem gryseryny wyłącznie tylko w gruźlicy i to w najrozmaitszych okresach gruźlicy płuc, w kilku dostępnych mi przypadkach gruźlicy kości, gruczołów, a od drugiej połowy r. 1908 także przy innych chorobach, jak to w poniżej podanem zestawieniu zobaczymy.

Pokrótce pozwolę sobie tu przytoczyć niektóre własności fizyczno-chemiczne i bakteryologiczne gryseryny.

Gryseryna jestto, wedle Koberta, przetwór, zawierający jod prawie w 29%. Jestto proszek krystaliczny, żółtawy, rozpuszczalny w wodzie zimnej w stosunku 1:200, w gorącej 1:20; w wyskoku, eterze, chloroformie i tłuszczach nierozpuszczalny, natomiast łatwo rozpuszczalny w alkaliach. Bakteryologiczne własności zbadali dokładnie Prof. Petruschky w Gdańsku, Aufrecht w Berlinie, Hueck w Charlottenburgu i Kobert w Rostoku.

Wedle Petruschkyego gryseryna działa:

na bakterye błonicy w rozczynie 1:10400 powstrzymująco rozwój,
na bakterye błonicy w rozczynie 1:4000 zabójczo,
na paciorkowce w rozczynie 1:10400 powstrzymująco rozwój,
na paciorkowce w rozczynie 1:4000 zabójczo,
na dwoinki zapalenia płuc 1:10400 zabójczo i t. d.

Wszyscy prawie znaleźli, że gryseryna znacznie silniej działa na prątki gruźlicze, niż na inne bakterye. Wedle np. Aufrechta rozczyn gryseryny 0·5% niszczy prątki gruźlicze po 15 minutach, 1% po 5 minutach.

Do doświadczeń użyłem około 5 kilogramów gryseryny, dostarczonej mi przez fabrykę (Griserin-Werke) w Charlottenburgu.

Chorych, którzy byli gryseryną leczeni, było ogółem 128, mężczyzn 108, kobiet 20. Z tego w szpitalu leczonych było 72, reszta w prywatnej mojej praktyce i ambulatoryum szpitala.

Co do wieku leczonych można następujące podać zestawienie:

od	4—10 lat	5 osób
»	11—20 »	23 »
»	21—30 »	40 »
»	31—40 »	28 »
»	40 wyżej »	32 »
	razem	128

Czas leczenia trwał najmniej 2 tygodnie, najdłużej 6 miesięcy; średnio czas leczenia trwał 42 dni.

Co do chorób, w których podawałem gryserynę, pierwsze miejsce zajmuje gruźlica płuc.

Chorych	na gruźlicę płuc	leczono	96
»	» zapalenie płuc	»	12
»	» raka sutka i skóry	»	3
»	» dur brzuszny	»	3
»	» rany zewnętrzne	»	8
»	» nieżyt pęcherza moczowego	»	2
»	» przewlekłe zapalenie nerek	»	2

Podawałem nadto gryserynę w 3 przypadkach u ludzi zdrowych dla kontroli.

Zanim przejdziemy do wyników leczenia gryseryną chorych na gruźlicę, pozwolę sobie przytoczyć zestawienie, ilu chorych leczyłem w poszczególnych okresach gruźlicy.

W I. okresie, w początkowem zagęszczeniu szczytów z ogólnej liczby 96 leczyłem tylko 18 chorych, albowiem do szpitala rzadko zgłaszają się chorzy w początkowych okresach i te przypadki zresztą należą przeważnie do praktyki ambulatoryjnej i prywatnej.

W II okresie leczonych było 38 chorych.

W III okresie leczonych było 28 chorych.

Chorych na gruźlicę kości leczonych było 8.

Chorych na gruźlicę gruczołów limfatycznych było 4.

We wszystkich prawie przypadkach gruźlicy płuc stwierdzono prątki gruźlicze w plwocinach i wyraźne zmiany miejscowe, zależnie od okresu choroby. Poszczególnych historyi chorób przytaczać nie myślę, gdyż uważam to za zbyteczne, zaznaczę tylko, że badając chorych zauważyłem częstsze i wybitniejsze zmiany przeważnie w szczycie płuca prawego.

Wynik leczenia zależał głównie od okresu choroby, od rozległości zmian, stanu gorączki i t. d. Zaznaczam, że wszyscy chorzy prawie bez wyjątku gorączkowali; ciepłota dochodziła do 40° C., począwszy od stanów podgorączkowych. Chorzy zażywali gryserynę 2 razy dziennie w dawce początkowo 0·3, później 0·5 rano, naczczo i na godzinę przed kolacyą. Dzieciom poniżej 10 lat podawałem dawki od 0·15 do 0·30, 2 razy dziennie. Chorzy ogółem znosili środek ten dobrze. W pierwszych dniach występowały niejednokrotnie pewne zaburzenia w przewodzie pokarmowym, kruczenia w kiszkach i przelewanie, częstsze wolne stolce, bardzo rzadko biegunka; objawy te bez żadnych środków po kilku dniach, najpóźniej do tygodnia ustępowały. Po tygodniu już chorzy odczuwali podmiotowo polepszenie, apetyt się wzmagał; z bardzo rzadkimi wyjątkami gorączka stale, chociaż nieraz powoli, opadała tak, że najpóźniej w 3. lub 4. tygodniu leczenia chorzy, poprzednio wysoko nieraz gorączkujący okazywali prawidłową ciepłotę ciała. Apetyt stale i bez wyjątku się poprawiał, niejednokrotnie stawał się bardzo dobrym, chorzy szpitalni musieli otrzymywać nawet podwójne porcye posiłku. Kaszel zwykle w początku nieco się zwiększał, natomiast odpluwanie stawało się łatwiejszem tak, że kaszel, chociaż częstszy, bywał mniej męczący; po 2 lub 3 tygodniach kaszel się zmniejszał. Plwociny z początku zbite, gęste *(sputa globosa)*, stawały się w miarę zażywania gryseryny więcej śluzowe i pieniste. Objawy przedmiotowe, dające się stwierdzić, po-

woli jednak zmieniały się na lepsze, zwłaszcza rzężenia w znacznej ilości ustępowały, a charakter ich zmieniał się; z wyraźnie poprzednio dźwięcznych stawały się mniej dźwięcznemi i wilgotnemi. Furczenia i świsty trwały znacznie dłużej. Stłumienie zazwyczaj pozostawało, niejednokrotnie jednak rozległość jego malała.

Prątki znikły zupełnie tylko u 9 chorych, znajdujących się w początkowych okresach choroby; u 43 chorych ilość prątków wyraźnie się zmniejszyła, u reszty pozostała niezmieniona; w małej ilości przypadków, bo tylko w 4, powiększyła się.

Poprawę wyraźną poznać było można po lepszem wyglądaniu chorych i po zwiększeniu się wagi ciała, które doszło w jednym przypadku nawet do 7 kilogr.

Z leczonych w I okresie na 18 chorych wyraźną poprawę uzyskało 15, czyli 83·3%.

Z leczonych w II okresie na 38 chorych wyraźną poprawę uzyskało 21 chorych, czyli 55·2%. Stan nie zmienił się u 12 chorych. Pogorszenie wystąpiło tylko u 5 chorych.

Stan niezmieniony wytłómaczyćby można we wszystkich prawie przypadkach krótkością leczenia, najwyżej do 4 tygodni, chorzy bowiem niecierpliwi, nie widząc w tym czasie polepszenia, domagali się uwolnienia ze szpitala; ambulatoryjnie zaś leczeni — więcej się nie zgłaszali. Co do pogorszenia, to nigdy nie było ono gwałtowne, a raczej rozwijało się powolniej, niż u innych chorych, nie zażywających gryseryny. Dla kontroli obok chorych, zażywających gryserynę, umieszczałem i chorych mniej więcej z takiemi samemi zmianami i podawałem im tylko środki wykrztuśne i uśmierzające kaszel. Różnica bywała znaczna na korzyść gryseryny.

Z 28 chorych, leczonych w III okresie, widoczną poprawę stwierdzić mogłem u 7, zatem 25%, u 9 stan pozostał niezmieniony, u 12 nastąpiło pogorszenie.

U niektórych chorych, ze stanem niezmienionym przedmiotowo, można było jednak stwierdzić poprawę podmiotową; chorzy zyskiwali apetyt, czuli »ulgę na piersiach«, kaszel bywał mniejszy, mniej męczący, poty nocne mniejsze, plwociny więcej pieniste i śluzowe. U 12 chorych pogorszenie w III okresie gruźlicy nie jest dziwnem i tu także pogorszenie to było stosunkowo powolniejsze, niż bywa zazwyczaj.

Jako przykład pozwolę sobie przytoczyć tylko pokrótce historyę choroby jednego chorego.

Ks. R. D., lat 27, przybył z Zakopanego d. 16. lutego b. r., Stwierdziłem przytłumienie po stronie prawej z tyłu od szczytu do połowy łopatki, po stronie lewej z tyłu od szczytu do grzebienia łopatki; z przodu po prawej do 3. żebra, po lewej do 2. żebra. Osłuchiwanie stwierdza po stronie prawej szmery oskrzelowe, liczne dźwięczne średnio- i drobnobańkowe rzężenia, po stronie lewej szmer miękki oskrzelowy, rzężeń znacznie mniej drobnobańkowych. Ciepłota ciała dochodziła do 39° C. Tętno 120, drobne, regularne. Apetyt upośledzony, w jamie ust obfite pleśniawki (*soor*). Bole przy połykaniu; nagłośnia obrzękła, pokryta pleśniawkami. Poty nocne obfite. Plwociny kuliste (*sputum globosum*) w sporej ilości, cuchnące. Choremu przepisałem oprócz kodeiny gryserynę 0·3 dwa razy dziennie, rozczyn gryseryny 1% do inhalacyi i do płukania ust.

Po tygodniu pleśniawki ustąpiły, apetyt się poprawił, kaszel mniej męczący, ciepłota ciała utrzymuje się ponad 38° C., poty mniejsze, plwociny mniej cuchnące.

Po dwóch tygodniach podałem po 0·5 gryseryny dwa razy dziennie. Chory ma coraz lepszy apetyt, je dużo, bolów przy połykaniu niema; nagłośnia wyraźnie obrzękła, błona śluzowa jamy ust i gardła czysta. Stan ogólny podmiotowy lepszy, przedmiotowo w płucach stan ten sam.

Po czterech tygodniach tętno do 140, bardzo drobne, duszność, kaszel, jednak mniej męczący; apetyt doskonały, chory domaga się więcej jadła i to pokarmów zwykłych, chleba, masła, wędlin, mleka i t. p. Stan przedmiotowy w płucach jednak gorszy, poniżej łopatki prawej odgłos opukowy z odcieniem bębenkowym, dość liczne drobne rzężenia, oprócz furczeń; pod obojczykiem prawym objaw Wintricha.

Dnia 7 kwietnia b. r., w siedem tygodni po przybyciu do szpitala, uczuł chory bol kłujący w prawej stronie klatki piersiowej i duszność, kaszel jednak chwilowo prawie ustał. Stwierdziłem odmę opłucną prawostronną z niewielką ilością płynu ropnego w samym dole. Podmiotowo chory nie czuje się wiele gorzej. Apetyt ciągle dobry. Płynu powoli w jamie opłucnej przybywało. Kaszel napadowy; chory odpluwa znaczne ilości plwociny ropiastej, jednak nie cuchnącej. Ciepłota rano prawidłowa, wieczorem nie przekracza 37·5 C., tętno 120—140 drobne, duszność nieznaczna. Dnia 17 kwietnia b. r. chory je dużo, pije do 2 litrów mleka. Błona śluzowa jamy ust i gardła czysta, bolów przy połykaniu niema. Plwocina obfita ropiasta, nie cuchnąca; potów niema; chory czuje się osłabiony; po stronie lewej stan w płucu przedmiotowo lepszy, rzężeń znacznie mniej; ciepłota ciała waha się między 36·5° C. do 37·8° C. Ból tępy w boku prawym, stolec regularny. Chory do dziś żyje.

(Dok. nast.).

Z Zakładu higieny i bakteryologii U. J. w Krakowie. (Kierownik Prof. O Bujwid).

O etyologii i rozpoznawaniu przyczynowem gruźlicy.

Sprawozdanie poglądowe[1]**).**

Podał

Dr Filip Eisenberg, asystent zakładu.

(Ciąg dalszy).

Mówiąc dotychczas sumarycznie o typie ludzkim i bydlęcym, mogłem wywołać mylne wyobrażenie, jakoby pierwszy był wyłącznie właściwym zakażeniom ludzkim, drugi zaś bydlęcym. Otóż badania dualistów, na rozległym materyale przeprowadzone, pokazują, że tak bynajmniej nie jest, że nazwa typu oznacza tylko, że dany typ najczęściej spotyka się w zakażeniach np. ludzkich, nie zaś, że tylko on zdolny jest zakazić człowieka. Gruźlica bydła, świń, kóz, owiec, koni, psów i kotów zdaje się prawie wyłącznie polegać na zakażeniu typem bydlęcym, o ile pozwalają o tem sądzić niezbyt liczne jeszcze systematyczne badania. Inaczej przedstawia się natomiast sprawa u człowieka: na 56 przypadków gruźlicy, dokładnie zbadanych, Kossel, Weber i Heuss wyhodowali 49 razy bakterye typu ludzkiego, 5 razy typu bydlęcego, 2 razy zaś oba typy z tego samego przypadku. Szczepy ludzkie pochodziły z najrozmaitszych form gruźlicy i z ludzi różnego wieku, szczepy bydlęce wyhodowano wyłącznie z dzieci do lat 7; w 4 przypadkach można było napewno stwierdzić, że zakażenie nastąpiło drogą przewodu pokarmowego, piąty był pod tym względem niepewny. Oba typy wyhodowano raz w przypadku ciężkiej gruźlicy jelitowej z gruczołów krezkowych 30 letniej kobiety, drugi raz zaś z dziecka 5½-letniego i to bakterye bydlęce z gruczołów krezkowych, ludzkie ze śledziony. Ciekawe badania Oehleckera dotyczyły gruźlicy chirurgicznej: na 50 przypadków wyhodował on 45 razy bakterye ludzkie, 5 razy bydlęce i to wyłącznie u dzieci, mianowicie na 14 przypadków gruźlicy gruczołów szyjnych 4 razy, na 34 przypadków gruźlicy kostnej 1 raz. Ostatnie zestawienie Webera, obejmujące wszystkie badania szkoły berlińskiej, wykazuje na 140 przypadków gruźlicy ludzkiej 116 razy typ ludzki, 21 razy typ bydlęcy, 3 razy zakażenie mieszane. I tutaj pokazuje się, że zakażenia typem bydlęcym dotyczą prawie wyłącznie wieku dziecięcego (na 84 dzieci — 21 razy typ bydlęcy, 2 zakażenia mieszane) i tu znowu przewód pokarmowy wysuwa się na pierwszy plan, jako wrota dla tego zakażenia: na 22 przypadków pierwotnej gruźlicy jelit 15 razy typ bydlęcy, na 16 przypadków gruźlicy gruczołów szyjnych 6 razy, na 27 gruźlic kostnych — 1 raz; również i u dorosłych jedyne zakażenie mieszane znaleziono w przypadku pierwotnej gruźlicy jelit. Za tem, że prze-

[1]) Wykład wygłoszony w Tow. lek. krak. dn. 12 maja 1909 jako pierwszy z cyklu wykładów o gruźlicy.

wód pokarmowy stanowi najczęstsze wrota dla zakażenia typem bydlęcym, przemawia także fakt, przytoczony przez Webera, że u dzieci, u których stwierdzono to zakażenie, wywiady nie wykazały wśród otoczenia osób gruźlicą dotkniętych, że zatem należy przyjąć zakażenie przez pokarmy, t. j. najczęściej mleko lub nabiał. Te doświadczenia mają niezmierną doniosłość, przedewszystkiem dlatego, że zbijają najdosadniej twierdzenie, jakoby gruźlica bydlęca nie mogła się przenosić na człowieka; oczywista, że co do częstości takiego zakażenia, nie mogą one ostatecznie rozstrzygać, bo wykonane były na wyszukanym materyale, przy którego zbieraniu umyślnie polowano za pierwotnemi zakażeniami jelitowemi. Należy przytem uwzględnić, że tą drogą mogą się dostawać do ustroju nietylko bakterye bydlęce z mlekiem krowiem, ale także i ludzkie z pyłem lub nieczystościami (Lignières, Kossel, Weber i Heuss), a nawet mogą te bakterye ludzkie wywoływać u człowieka zmiany perlicze (Kossel, Weber i Heuss, Ipsen). W każdym jednak razie zakażenie to wobec ogromnej częstości gruźlicy bydlęcej i częstego znajdowania bakteryi w mleku może, zwłaszcza dla wieku dziecięcego mieć bardzo poważne znaczenie, jak słusznie podnosi komisya angielska, która na 60 przypadkow zbadanych, znalazła 14 razy bakterye bydlęce i to 13 razy w przypadkach pierwotnej gruźlicy przewodu pokarmowego. Dość przypomnieć, że Hess w Nowym Yorku w 16% wszystkich prób mleka znajdował bakterye gruźlicze, a Raw stwierdził, że 293 dzieci z *tabes mesaraica,* karmionych było sztucznie. Zakażenia takie, podobnie zresztą, jak i zakażenia typem ludzkim, mogą nadto przez pewien czas istnieć w stanie utajonym bez zmian anatomicznych, jak to stwierdzili Weber i Baginsky, którzy badając gruczoły 26 dzieci bez zmian gruźliczych, wykazali bakterye bydlęce w gruczołach szyjnych dziecka 2½-letniego, karmionego mlekiem krowiem. Naturalnie wobec tego należy przyjąć, że zakażenia takie po części dotąd uchodziły badaniu i są może częstsze, niż ogólnie przypuszczano, a przypadek Webera pokazuje, że zdolne są u dzieci wywołać gruźlicę prosówkową. Ale i u dorosłych zakażenia takie są możliwe — i to zarówno przez mleko (przypadek Webera), jak przedewszystkiem drogą skóry; tu należą niezbyt rzadkie przypadki *tuberculosis verrucosa cutis* u rzeźników, u których Kleine stwierdził bakterye typu bydlęcego. Czy bakterye bydlęce mogą u dorosłych wywołać gruźlicę płuc, nie jest dotąd napewno stwierdzonem, chociaż przypadki Beitzego i de Jonga zdają się za tem przemawiać, bądź co bądź jest to chyba dość rzadka forma zakażenia. Trudno też na razie orzec, jaki stopień jadowitości okazują bakterye bydlęce wobec ustroju człowieka: względna częstość zakażeń tych u dzieci zdaje się przemawiać za większą wrażliwością w tym wieku: co do dorosłych, doświadczenia Baumgartena i Klemperera, którzy nieuleczalnym chorym rakowym bezskutecznie starali się zaszczepić bakterye bydlęce, świadczyłyby o niewielkiej jadowitości; podobnie przedstawiają się skórne zakażenia rzeźników i weterynarzy przeważnie dość łagodnie.

Zupełnie odrębny typ dualizmu, o którym kilka słów wypada wspomnieć, przedstawia Spengler: na podstawie specyalnych metod barwienia, a zwłaszcza t. zw. metody osłonkowej (Hüllenmethode) rozróżnia on już morfologicznie bakterye bydlęce od ludzkich i na tej podstawie buduje on daleko sięgające teorye o patogenezie gruźlicy u człowieka. I tak twierdzi on, że na 1200 przypadków badanych znaleziono 1131 zakażeń mieszanych, 47 zakażeń czysto bydlęcych, 22 czysto ludzkich. Wobec tego, że na tej podstawie chce Spengler opierać i swoiste leczenie gruźlicy, że nadto poglądy te pozostają w rażącej sprzeczności nietylko z ogólnie przyjętemi zapatrywaniami, ale i z przytoczonymi wyżej wynikami ścisłych badań różnych uczonych, wypada stwierdzić, że sama morfologia stanowczo nie wystarcza do rozróżnienia obu typów, że nawet w czystych hodowlach jednego czy drugiego typu stwierdza się obok siebie laseczki cienkie i grube, z których pierwsze Spengler uważa za ludzkie, drugie zaś za bydlęce.

Wracając do sprawy tożsamości bakteryi ludzkich i bydlęcych, muszę zaznaczyć, że o ile badania dualistów w zasadzie potwierdziły poglądy, wypowiedziane przez Kocha, choć przeważnie ograniczyły jego twierdzenie o nieszkodliwości gruźlicy bydlęcej dla człowieka, o tyle nie brakło innych badaczy — a spotykamy wśród nich i nazwiska poważne i bardzo cenione — którzy nie godzą się na dualizm kochowski. Nie zaprzeczają oni naturalnie faktycznych różnic, stwierdzanych w przeważnej ilości przypadków, sądzą jednak, że różnice te są niestałe, że są wyrazem czasowego przystosowania do pewnego gatunku, które może być mniej lub więcej zupełne, może jednak pod wpływem zmiany środowiska ulegać zmianom, a nawet zniknąć. Jako dowód tej niestałości typów, przytaczają oni przedewszystkiem istnienie t. zw. typów przejściowych, które jednoczą pewne właściwości jednego typu z innemi cechami drugiego; typy te według nich nawet nie zbyt często się spotyka, (dualiści twierdzą, że w takich razach przeważnie chodzi o przypadki zakażenia mieszanego i że typ przejściowy jest wtedy tylko mieszaniną dwóch typów). Wreszcie twierdzą niektórzy unitaryści, że przez hodowlę, a przedewszystkiem przez przeprowadzanie przez różne zwierzęta (kozy, morskie świnki), udaje się przemieniać jeden typ w drugi, a przynajmniej zmieniać jego właściwości chorobotwórcze. I te doświadczenia jednak nie są na razie zupełnie bez zarzutu przeprowadzone i przyszłość dopiero musi pokazać, czy typy przejściowe i typy przemienione zdołają przechylić szalę na stronę unitarystów. Jeżeli zaś chodzi o stronę praktyczną sprawy, to z całego tego szeregu prac wynika konieczność dalszej, wytrwałej, a konsekwentnej walki z gruźlicą bydlęcą — a we wniosku tym muszą się jednoczyć obie strony walczące; rzeczą dalszych badań będzie określić, jak wielkiem i częstem jest niebezpieczeństwo, zagrażające z tej strony życiu człowieka, a zwlaszcza dziecka.

Ale na walce z gruźlicą bydlęcą nie kończą się bynajmniej wszystkie możliwości skutecznego zwalczania gruźlicy; sam człowiek stanowi niewątpliwie częstsze i poważniejsze źródło zakażeń. Z tej częstości zdać sobie sprawę i na niej oprzeć plan całej walki, jest obowiązkiem każdego, co do tej walki staje. Mówiono już dawniej, że gruźlica jest chorobą bardzo częstą; sam uczyłem się do egzaminu, że $^1/_7$ wszystkich ludzi umiera na gruźlicę; a $^1/_3$ okazuje zmiany gruźlicze na stole sekcyjnym. Ale nowsze badania pokazują, że i te liczby są jeszcze za skromne. Statystyka Schlenkera i Hanaua pokazuje na 100 sekcyi 66 razy obecność zmian gruźliczych, wśród tego 35 gruźlic śmiertelnych, 4 gruźlice ciężkie, 27 utajonych lub nieczynnych. Głośna statystyka Naegelego, oparta na bardzo skrupulatnem zbadaniu 508 przypadków sekcyjnych, pokazuje u dzieci do lat 18 obecność zmian gruźliczych w 18%, z tego $^2/_3$ gruźlic śmiertelnych, u dorosłych 93% ze zmianami gruźliczemi, wśród nich 28% gruźlic śmiertelnych. Częstość gruźlicy minimalna w pierwszym roku życia wzrasta proporcyonalnie z wiekiem, w 28-ym roku życia 98% wszystkich osobników okazuje zmiany gruźlicze czynne lub nieczynne. Do podobnych wniosków dochodzi Burkhardt na podstawie 1452 sekcyi; wśród dzieci znajduje 39% gruźlic, z nich połowę śmiertelnych, wśrod dorosłych 91% ze zmianami gruźliczemi, w 37% śmiertelnymi, w 16·5% czynnemi utajonemi, w 37·5% nieczynnemi. Tutaj częstość gruźlicy wzrasta stopniowo wraz z wiekiem, natomiast ciężkość przebiegu słabnie od 30-go roku, dając coraz mniejszy odsetek gruźlic śmiertelnych, coraz większy utajonych i nieczynnych. Wreszcie ostatnim czasom zawdzięczamy dwie cenne statystyki sekcyjne, rzucające jaskrawe światło na częstość gruźlicy w wieku dziecięcym. Pierwszą z nich podał Hamburger, a opiera się on na 848 sekcyach, wykonanych przez wytrawnego anatomopatologa Prof. Ghona w Wiedniu ze szczególnem uwzględnieniem gruźlicy. Załączona tablica przedstawia schematycznie jej wyniki:

Wiek:	0—3 mies.	4—6 mies.	7—12 mies.	1—2 lat	3—4 lat	5—6 lat	7—10 lat	11—14 lat	wogóle
Częstość gruźlicy %	4	18	23	40	60	56	63	70	40
Śmiertelność gruźlicy %	100	100	80	70	67	60	68	50	69
Gruźlicy wyleczonej %	0	0	0	0	7	10	17	33	8·5
Gruźlicy utajonej %	0	0	4·5	17	30	34	35	53	17

Do podobnych wyników wiedzie statystyka Sehlbacha z Wrocławia, oparta na 1423 sekcyach dzieci do lat 9; i tutaj stałe narastanie gruźlicy z miesiąca na miesiąc w pierwszym roku życia, z roku na rok w dzieciństwie — i, co zawsze jest ważne dla zapobiegania — równoległość śmiertelności z częstością sztucznego karmienia u dzieci. Wszystkie te statystyki, różne co najwyżej w drugorzędnych szczegółach, zgodnie wiodą do szeregu wniosków bardzo ważnych i dla pojmowania gruźliczego i dla walki z tem zakażeniem i wreszcie dla zagadnień rozpoznawczych, któremi nam się w dalszym ciągu wypadnie bliżej zająć.

Uderza nas przedewszystkiem ogromna częstość gruźlicy, wyższa znacznie, niż przywykliśmy przypuszczać. Zarzucano tym statystykom, że opierają się na materyale szczególnie niekorzystnym; na proletaryacie wielkomiejskim, szczególnie usposobionym do gruźlicy wskutek warunków swego bytu; ale materyał sekcyi prywatnych lub policyjno-sądowych, zebrany przez kilku wybitnych anatomopatologów, przedstawia liczby nie o wiele niższe, bo 70—80%. Dalej uderza zadziwiająca równoległość wzrastania częstości gruźlicy z wiekiem. Gruźlica wrodzona, t. j. przekazana w łonie matki, należy do wielkich rzadkości, choć badania nad gruźlicą łożyska, niezbyt rzadką u ciężarnych suchotnic, wskazują na to, że możliwość taka nie jest wyłączoną. Ciekawe jest pytanie, czy w ten sposób przekazane płodowi zarazki mogą się w nim utrzymać w stanie utajonym, nie wywołując zmian anatomicznych, aby przy nadarzonej sposobności w życiu pozapłodowem wywołać gruźlicę. Dotąd znany jest jeden tylko przypadek, któryby przemawiał za taką możliwością: u płodu matki gruźliczej Huguenin stwierdził obecność bakteryi gruźliczych we krwi, choć ani płód, ani łożysko nie okazywały zmian gruźliczych (mogły to być zarazki przeniesione, ale jeszcze nie osiedlone). Tutaj również wypada wspomnieć o głośnej swego czasu teoryi Behringa, że gruźlica jest zawsze prawie zakażeniem, pochodzącem z pierwszych miesięcy życia, że dostawszy się do ustroju oseska drogą przewodu pokarmowego, który u niego jest niedostatecznie jeszcze rozwinięty, trwa w nim w stanie utajonym aż do jakiegoś zakażenia ponownego w późniejszym wieku, aby wtedy z zarzewia wybuchnąć wielkim płomieniem. Statystyka Hamburgera pokazuje jednak nieprawdopodobieństwo tego niczem na razie nie popartego przypuszczenia; dowodzi ona, że właśnie w pierwszych miesiącach życia gruźlica jest zakażeniem bardzo ciężkiem, prawie bez wyjątku śmiertelnem — i że wogóle w tym okresie nie spotyka się nawet gruźlicy utajonej lub wyleczonej. Natomiast z pewnością możliwe jest istnienie gruźlicy utajonej poza pierwszym rokiem życia; spostrzeżenia Bartla, Lydyi Rabinowicz, Harbitza i innych pokazują, że właśnie w wieku dziecięcym dość często znaleźć można bakterye gruźlicze w gruczołach okazujących tylko nieswoisty przerost, a nie zawierających utkania gruźliczego, że tedy w rozwoju gruźlicy istnieje okres nieswoisty, t. j. »limfoidalny«, mogący trwać nawet długie lata. Badania bakteryologiczne lat ostatnich wykazały w najrozmaitszych zakażeniach możliwość takich zakażeń bezobjawowych, t. j. obecność bakteryi chorobotwórczych bez choroby — że tylko przypomnę głośną sprawę t. zw. roznosicieli duru, cholery, błonicy, zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. Sam w dwóch pracach starałem się dowieść, że stan ten zawieszenia broni między zarazkiem a ustrojem, polega na wzajemnem przystosowaniu ustroju do działań chorobotwórczych zarazka, a zarazka naodwrót do działań bakteryologicznych ustroju, że tedy mamy tu do czynienia ze szczególnym przypadkiem współżycia czyli symbiozy. Naturalnie stan taki jest chwiejny — i osłabienie każdej strony łatwo może naruszyć tę sztuczną równowagę, wiodąc jużto do ostatecznego zabicia zarazka i do wyjałowienia ustroju, jużto do wznowienia choroby lub ukazania się jej, o ile dotąd zupełnie była utajona. Na podstawie tych doświadczeń jest też uzasadnionem, że niektórzy badacze w ostatnich czasach uważają gruźlicę za chorobę wieku dziecięcego, twierdząc, że się ją nabywa aż do lat 15—20, bo w tym wieku częstość gruźlicy dochodzi już do 90%, że gruźlica ta dziecinna już to wiedzie do śmierci, już to trwa dalej w stanie utajonym, aby w późniejszym wieku jużto przez naruszenie równowagi między ustrojem a zarazkiem, jużto przez ponowne zakażenie, przejść w okres ostry, w nawrót gruźliczy, który nazywamy suchotami. Suchoty są tedy nawrotem gruźlicy, rozwijającym się na podłożu ustroju już zakażonego i jako takie, są charakterystyczną chorobą wieku pokwitania i wieku dojrzałego — są niejako ostatnim aktem dramatu, który się rozpoczął w dzieciństwie (Hamburger). Pogląd ten uzyskał w ostatnim czasie podstawę doświadczalną w pracy Römera: badaczowi temu udało się uzyskać charakterystyczną rozpadową formę »suchot« u morskich świnek, którym po uprzedniem lekkiem zakażeniu wstrzyknął naraz większą ilość bakteryi gruźliczych.

Ale poza temi smutnemi prawdami, które przemawiają do nas z przedstawionych szeregów liczb, dadzą się z nich wysnuć i bardziej pocieszające wnioski. Pokazują one, że groza gruźlicy, wielka z pewnością i słuszna wobec jej częstości i znaczenia społecznego, nie jest jednak bezwzględną; pokazują, że jest ona chorobą uleczalną, i to bardzo często uleczalną, że ustrój niezupełnie wobec niej jest bezbronny, lecz że owszem często skutecznie ją zwalcza. I tu znowu statystyka według wieku przeprowadzona pokazuje, że im wcześniejszy wiek, tem cięższy przebieg gruźlicy, tembardziej jest gruźlica śmiertelną; w miarę przejścia do wyższego wieku śmiertelność spada ze 100% na jakie 30%. Znaczy to, że właśnie w wieku dziecięcym największy powinien być wysiłek zapobiegawczy i leczniczy, znaczy dalej, że wobec wszechobecnej niemal możliwości zakażenia wielką uwagę należy zwrócić na odporność ustroju, na warunki jego życia osobnicze i społeczne, bo w nich tkwi jeden z najpoważniejszych czynników rozstrzygających o nabyciu choroby i o jej przebiegu.

Naturalnie i co do leczenia statystyka ta daje odpowiedź zachęcającą, byle tylko leczenie to rozpoczęło się dość wcześnie, byle schwytało na gorącym uczynku zarazek, który co dopiero dostawszy się do ustroju, rozpoczyna w nim zgubne swe działanie. Wczesne rozpoznanie gruźlicy, oto klucz do skutecznego jej leczenia. Ale tu powstają pewne trudności właśnie na podstawie poglądów wyżej wyłuszczonych. Chodzi mianowicie o to, co właściwie mamy rozpoznawać, czy zmiany anatomiczne gruźlicze, czy obecność bakteryi w ustroju, czy wreszcie chorobę. Rozpoznanie kliniczne, — a o nie właśnie chodzi, — szuka oczywiście choroby; owe nieczynne zmiany, dowodzące przebytej gruźlicy, a tak częste u dorosłych według przytoczonych statystyk, są dlań obojętne, obojętne nawet są dlań bakterye gruźlicze, o ile są już zabite, o ile jako żywe nie są albo przyczyną obecnej choroby, albo zarodkiem przyszłej. Żąda tedy klinika od rozpoznania raz, aby najwcześniej wskazywało na istniejące lub grożące niebezpieczeństwo, powtóre zaś, aby wykazywało tylko prawdziwie czynne zmiany, nie zaś zmiany anatomiczne lub bakterye jako pojęcie morfologiczne, żąda, aby rozpoznanie było jak najczulsze, jako sygnał alarmowy, a równocześnie, aby nie było zbyt czułe, nie narażało bez potrzeby na często długotrwałe, a poważne zabiegi lecznicze. To ostatnie żądanie jest szczególnie ważne wtedy, gdy chodzi o rozpoznanie różniczkowe. Zależy tu na tem, aby utajone lub nieczynne minimalne ognisko gruźlicze nie narzucało jakiej sprawie na całkiem innem tle opartej etykiety gruźliczej. Pomiędzy temi dwoma trudnościami, jak między Scyllą a Charybdą muszą się prześlizgiwać wszystkie metody rozpoznawcze gruźlicy, przedewszystkiem zaś metody przyczynowe, których celem jest wykazanie samej przyczyny choroby, bezpośrednio lub pośrednio. (C. d. n.)

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Nerking. **Uśpienie a lecytyna** (*Münch. med. Woch.* 1909. Nr 29). Działanie środków usypiających według teoryi Meyer-Overtona, polega na tem, że środki te zostają związane przez lipoidy mózgowe. Środek usypiający ma tem silniejsze działanie, im łatwiej się rozpuszcza w tych substancyach tłuszczowatych. Po uśpieniu chloroformowem wykazał Rubow zwiększenie się ogólnej zawartości tłuszczu i lecytyny, podobnie Salkowski i Reicher. Z tych danych powziął N. myśl, czyby nie można skracać uśpienia, jakoteż usuwać jego skutków, przez wiązanie narkotyku zapomocą śródżylnych wstrzykiwań zawiesiny lecytyny. Już przy doświadczeniach nad śródżylnem usypianiem zapomocą uretanu, dokonanych przez N. wspólnie z Schurmannem, okazało się, że lecytyna zobojętnia np. działanie usypiające uretanu.

Obecnie przeprowadził N. dalsze doświadczenia. Lecytyna kupna, t. zw. »najczystsza«, nie nadaje się do wstrzykiwań, albowiem zawiera w sobie mieszaninę różnych substancyi, nieraz w stanie rozkładu! Z tego też powodu sporządzał lecytynę N. sam z mózgu i żółtek jaj, a w ostatnich czasach przekonał się, że stosunkowo dość jeszcze pewnym przetworem jest lecytyna wyrobu Poulenca z Paryża. Zawiesinę lecytyny wstrzykiwał N. zwierzętom jużto śródżylnie, jużto podskórnie lub śródotrzewnie i to 1—10%. Najsilniej działały wstrzykiwania śródżylne i tu wystarcza już zawiesina 1%, natomiast podskórnie używać należy 10%. Działanie lecytyny badał N. przy usypianiu i znieczulaniu chloroformem, eterem, morfiną, skopolaminą, nowokainą i stowainą na psach, królikach i szczurach. Skutek był widoczny. Zwierzęta budziły się z uśpienia chloroformowego znacznie prędzej od kontrolnych i były potem zaraz ruchliwe. Do zupełnego uśpienia potrzeba było zużyć u zwierząt, którym wstrzyknięto przedtem lecytynę, znacznie więcej narkotyku, niż u kontrolnych, i to tak, że i przy następnych doświadczeniach u tych zwierząt skutek był ten sam. Wstrzykiwania śródżylne lecytyny działały

znakomicie przy ożywianiu zwierząt w razie ustania oddechu wśród uśpienia. Podobnie wybitne działanie miały wstrzykiwania lecytyny przy zamroczeniu skopolaminą, przy usypianiu morfiną i t. p. Przy znieczulaniu rdzeniowem w razie kombinacyi z lecytyną, zwykle znieczulenie nie występowało zupełnie lub występowało znacznie później i znikało wtedy szybciej.

Doświadczenia te przeprowadza N. dalej i ma nadzieję, że da się z nich wyciągnąć korzyści praktyczne dla kliniki. Dotychczas już stwierdzone zostało na pewne, że wstrzykiwania lecytyny mają wielki wpływ na uśpienie i to w kierunku skracania uśpienia, prędszego powrotu świadomości i usuwania skutków szkodliwych. Ponieważ lecytyna czysta, a taki jest preparat Poulenca, nietylko nie jest dla człowieka szkodliwa, ale nawet pożyteczna, przeto nic nie stoi na przeszkodzie, by wstrzykiwań tych próbować i u ludzi. *Klęsk.*

Hörmann. **Doświadczenia nad uśpieniem przy sztucznie zmniejszonem krążeniu.** (*IX Zjazd niem. Tow. położn.-ginek.*). Swego czasu podał Klapp sposób wykonywania uśpienia przy sztucznie zmniejszonem krążeniu, a to przez podwiązywanie kończyn. Doświadczenia w klinice Döderleina na tem polu wypadły bardzo pomyślnie. Zużywa się przy tym sposobie znacznie mniej środka usypiającego, bo pół chloroformu, a $1/3$ mniej eteru, niż zwykle. Chorzy budzą się po uśpieniu bardzo szybko. W jednym przypadku ustania oddechu po odwiązaniu opasek i wpuszczeniu krwi obfitującej w bezwodnik kwasu węglowego z kończyn, cucenie udało się bardzo szybko. Podwiązanie trwające nawet $1^3/_4$ godziny nie wywołuje innych zaburzeń, jak tylko (po zdjęciu opasek) drętwienia, mrowienia i t. p. sensacye przez czas pewien. Przeciwwskazaniem są jedynie wielkie żylaki kończyn, zresztą używać można tego sposobu zawsze bez obawy, a działanie jego jest bardzo korzystne. *A.*

Braun. **Znieczulenie miejscowe wykonywane w szpitalu i uwagi nad jego techniką.** (*Beitr. z. klin. Chirurgie* T. 62 III). B. do znieczulenia miejscowego używa $1/2$% nowokainy z małym dodatkiem suprareniny (45 mg na 100 ctm³ rozczynu). Nie wstrzykuje nigdy prawie w linie cięcia, lecz wstrzykuje naokoło miejsca operacyi, ew. w pnie nerwowe. Tak np. przy wolu znieczula kolejno warstwowo, wbijając igłę powyżej górnego końca cięcia skórnego, t. j. powyżej górnej granicy gruczołu, potem ponad mostkiem, dalej na zewnątrz i na wewnątrz od cięcia. Nawet i wole podmostkowe można w ten sposób operować. Również udaje się łatwo znieczulenie przy operacyi przepukliny sposobem Bassiniego. Chodzi tu głównie o znieczulenie nerwów: sromowo-udowego, biodrowo-pachwinowego i biodrowo-podbrzusznego, a są one dostępne niedaleko górnego przedniego kolca kości biodrowej. Najpierw wstrzykuje B. rozczyn na 3 palce nad kolcem, potem w podstawę moszny poniżej zewnętrznego otworu pachwinowego. Z punktu pierwszego znieczula warstwowo mięśnie, a z drugiego sam kanał i powrózek nasienny; w końcu wstrzykuje naokoło całego pola operacyjnego. Zużywa się na to 75—100 cm³ płynu; w 10 minut po wstrzyknięciu przystąpić można do operacyi. Znieczulenie miejscowe nadaje się też bardzo przy operacyach na częściach płciowych męzkich, stawach, przy odejmowaniu kończyn itp. Przy operacyach na ręce znieczula D. nerw łokciowy w łokciu, przy operacyi na palcu wstrzykuje środek znieczulający okrężnie w podstawę członka palca. *K*

Woithe. **Bakteryologiczne badania katgutu.** (*Med. Klinik.* 1909. Nr 26—27). Ogłoszone w ostatnich czasach prace Kuhna nad katgutem mogłyby zupełnie odstręczyć wszystkich od tego materyału do szycia. W. przeprowadził z polecenia rządu szczegółowe badania w fabrykach katgutu i w przeciwieństwie do Kuhna twierdzi, że o ile katgut wyrabiany jest ze świeżych kiszek i (jak to się dzieje np. w berlińskiej fabryce Wiessnera) czysto, to nie zawiera zwykle chorobotwórczych drobnoustrojów. Nadto sposób odkażania Claudiusa, t. j. umieszczanie nitek na 5—7 dni w rozczynie: *jod 10,0, kal. jodat. 10,0, aquae ad 1000,0* odkaża w zupełności katgut. W. zgadza się z Kuhnem, że rząd powinien objąć nadzór nad fabrykacyą katgutu, sprzeciwia się natomiast temu, by przy wyrobie stosować aseptykę (bo nie da się ona przeprowadzić w fabrykach), lecz zaleca antyseptykę. Wnioski swe streszcza W. następująco: 1) Katgut sporządzany być powinien pod kontrolą rządu z kiszek świeżych zdrowych zwierząt, za takie przez weterynarzy uznanych; kiszki powinny być przecięte wzdłuż na dwoje przed oczyszczeniem. 2) Napawanie materyału przed kręceniem nitek jodem lub srebrem, proponowane przez Kuhna, niszczy materyał, podnosi jego cenę, jest szkodliwe dla robotników, a zbyteczne jest o tyle, że odkażenie następowe Claudiusa wystarcza zupełnie. 3) Do płynów konserwujących dodawać należy więcej antyseptyków, np. lizoformu. 4) Nitek po fabrykacyi nie należy parafinować, bo to przeszkadza działaniu następowego odkażania. 5) Fabrykacyę katgutu należy oddzielić zupełnie od fabrykacyi strun muzycznych. 6) Fabryki katgutu powinny mieć ubikacye jasne, wielkie, robotnicy powinni być pouczeni o ważności zadania i do pracy zdejmować ubranie, a wkładać płaszcze czysto wyprane. 7) Na opakowaniu powinna być umieszczona firma fabryki, sposób przyrządzenia, ewentualnie wyjałowienia katgutu. *K.*

Kantorowicz. **Leczenie zaczynowe i przeciwzaczynowe spraw ropnych.** (*Münch. med. Woch* 1909. Nr 28). K. ogłasza dalsze doświadczenia kliniczne nad leczeniem zaczynowem spraw ropnych. Przedewszystkiem omawia wyniki »oziębiania« ropienia »gorącego« przez wprowadzanie do tkanki płynów, zawierających przeciwzaczyn ciałek ropnych, a więc płynu z wodniaka jądra, surowicy krwi, płynu przesiękowego z jamy brzusznej i t. p. Przy ostrych sprawach ropnych ograniczonych leczenie to oddaje znakomite usługi. Przez nakłucie, wyciągnięcie ropy i wstrzyknięcie w to miejsce przeciwzaczynu uzyskać można nieraz w 2—4 dni zupełne wyleczenie. Natomiast przy sprawach rozlanych, głębokich, leczenie to pozostaje bez skutku, być może dlatego, że niemożemy tu wywołać bezpośredniego zetknięcia się przeciwzaczynu z zaczynem. Dotychczasowe chirurgiczne leczenie ropienia jest właściwie tylko pomaganiem naturze. Wypuszczając ropę, nie działamy właściwie »leczniczo« w ścisłem tego słowa znaczeniu, gdyż zostawiamy dalsze losy sprawy działaniu ustroju, a zwłaszcza niszczenie drobnoustrojów. Dlatego też nacięcie nierzadko nie wstrzymuje wcale dalszego posuwania się zakażenia. Może być, że z czasem będziemy umieli zakażenia i ropienia także »leczyć«. Leczenie zaczynowe spraw »zimnych« gruźliczych polega na tem, że przez podanie zaczynu pobudzamy tkankę do wessania »zimnej« ropy. Podobnie, lecz znacznie słabiej, działa jodoform. Jako zaczynu używał K. poleconej przez Jochmanna i Baetznera trypsyny, mającej wielkie pokrewieństwo z naturalnym zaczynem ciałek białych. Wstrzykiwał rozczyn 1—2%; zwykle potem nie zbiera się już w ognisku gruźliczem ropa, lecz płyn rzadki, brunatny, a następnie surowiczy. Wcale dobre wyniki osiągnął K. przy leczeniu zaczynem trypsynowym ropni gruczołowych i podskórnych miejscowych i opadowych. Po wstrzyknięciu trypsyny w gruczoł tworzy się naokoło wał granulacyjny, zmniejszający się potem w miarę dalszych wstrzykiwań, za tem idzie zmniejszanie się wydzieliny i zmiana jej z ropnej na surowiczą. Nieraz już w 10—14 dni uzyskać można wyleczenie; pozostaje nieco dłużej tylko nieznaczny naciek w tem miejscu. Leczenie trypsyną jest natomiast bezskuteczne przy sprawach kostnych, to znaczy, że ropnie opadowe udaje się wyleczyć, ale główne ognisko w kościach pozostaje nadal. W końcu próbował K. leczyć zewnętrzne owrzodzenia proszkiem trypsyny i pankreatyniny. Przez zasypywanie takim proszkiem uzyskać można oczyszczenie się wrzodu ze złogów włóknikowych i t. p., natomiast nie ma to leczenie wielkiego wpływu na gojenie. Jako przeciwzaczyn stosować można także leukofermantynę, uzyskaną przez uodpornianie koni trypsyną. Rozczynów trypsyny (1—2%) w 0,8% soli kuchennej używać najlepiej z dodatkiem $1/2$% karbolu. Rozczyn taki po 24 godzinach staje się napewno jałowym. *K.*

Beck. **Rozpoznanie i chirurgiczne leczenie przetok i zimnych ropni.** (*Beitr. z. klin. Chir.* T. 62. II). B. wykonał dalsze badania nad podanym przez swego brata K. Becka sposobem rozpoznawania i leczenia przetok zapomocą wstrzykiwania do nich zawiesiny bizmutowej. B. leczył w ten sposób 192 chorych i otrzymał w 64% wyleczenie, w 28·5% polepszenie; w 6% nie było skutku; 1·5% zmarło. Zwłaszcza nadaje się ten sposób, podług autora, do leczenia przetok gruźliczych. B. używa obecnie dwóch rodzajów pasty bizmutowej. Do celów rozpoznawczych i w początkach leczenia, t. j. tam, gdzie istnieje obawa zastoju wydzieliny, używa B. pasty, złożonej z 33 części bizmutu, 5 części wosku, 5 części parafiny (topl. 49°) i 60 części waseliny. Wstrzykiwać należy bardzo powoli, a potem powinien chory pewien czas zachowywać się spokojnie. Ewentualnie po tygodniu powtarza się wstrzyknięcie. B. nie radzi wstrzykiwać więcej, niż 100 gr. pasty. Często występują wśród leczenia podniesienia ciepłoty, wydzielanie bizmutu z moczem i rąbek naokoło dziąseł. B. wstrzykuje pastę w razie, gdy w wydzielinie znajdują jeszcze drobnoustroje. W ten sposób leczy także zimne ropnie po zrobieniu małego nacięcia. *K.*

Schenk. **O znaczeniu strącania się lecytyny przy nowotworach złośliwych.** (*Münch. med. Woch.* 1909. Nr 28). Porges i Meier wykazali, że surowica krwi przy cierpieniach ki-

łowych posiada własność strącania lecytyny z rozczynów koloidalnych. Odczyn ten spotykamy jednak i przy innych schorzeniach. Odczyn ten często np. występuje w gruźlicy i w ogóle w stanach charłaczych. Stumme zwrócił uwagę, że odczyn ten spotykamy niezmiernie często przy nowotworach złośliwych, co potwierdzili Weil i Braun. Chodzi tu oczywiście o przypadki, gdzie na pewno wyłączyć można kiłę, gruźlicę i inne zakażenia. Przy nowotworach odczyn ten wywołują niwieczniki, powstałe wskutek zakażenia (np. przy owrzodzeniu guza) lub może wskutek działania samych komórek guza. Gdyby odczyn ten istotnie przy złośliwych nowotworach był stały, zyskalibyśmy przez to bardzo ważny czynnik rozpoznawczy (przy guzach ukrytych), a następnie sprawdzian, czy np. operacya była doszczętną, czy nie. Badania S. dotyczyły przypadków raka macicy, mięsaków i mięśniaków macicy. Odczyn wykonuje się w ten sposób, że lecytynę czystą Mercka rozciera się w moździerzu z 0·85% rozczynem soli kuchennej, następnie przesącza i znowu rozcieńcza rozczynem soli. Do 1 cm^3 zawiesiny lecytyny dodaje się 0,3—0,5 cm badanej surowicy, a do rurki kontrolnej takąż ilość rozczynu soli i wstawia na kilka godzin do cieplarki. Otóż według badań S. odczyn nie jest wcale typowy. Występował on głównie u chorych wycieńczonych, tak dobrze przy raku, jak i przy mięśniakach, natomiast w początkach raka odczyn był stale ujemny, wobec czego S. odmawia temu odczynowi wszelkiej wartości rozpoznawczej przy nowotworach. *A.*

Zylberlastówna. **Przypadek tężca o przebiegu przewlekłym.** (*Medyc. i Kron. lek.* 1909. Nr 25—26). Tężec przewlekły jest bardzo rzadkiem cierpieniem; opisano zaledwo kilka podobnych spostrzeżeń. Przypadek autorki, spostrzegany na oddziale chorób nerwowych Dra Flataua w Warszawie, dotyczył 27-letniej dziewczyny, która nagle prawie zauważyła trudności w otwieraniu ust. Cierpienie zaczęło zwolna ogarniać i inne mięśnie. Oprócz tego zjawiały się kurcze bolesne, po kolei w pewnych okolicach ciała. Chora w czasie tego była tak sztywna, że można ją było stawiać na ziemi prostą, jak lalkę drewnianą. Od 6 tygodni chora pociła się silnie, a regularność ustała. Po 5 tygodniach cierpienie doszło do najwyższego napięcia tak, że jedynie ruchy gałek ocznych pozostały nietknięte i powstał brzuszny typ oddychania. Potem zwolna zdrowienie. Rozpoznanie mogło się wahać pomiędzy tężcem, a nagminnem zapaleniem opon, lecz do rozpoznania zapalenia opon brakło zaburzeń ze strony nerwów czaszkowych, porażeń mięśni, wymiotów i bolów głowy, nie było też zamroczeń i podniesień ciepłoty. Badanie bakteryologiczne nie wykazało ani w płynie mózgowo-rdzeniowym, ani we krwi drobnoustrojów tężca, co tłómaczyć sobie należy niewielką ilością i słabą jadowitością drobnoustrojów w danym przypadku, małą ilością toksyn i długim okresem, oddzielającym badanie płynu i surowicy od chwili wybuchu choroby. Zapewne toksyny zostały już wtedy w całości zaabsorbowane przez tkankę nerwową. W przypadkach, opisanych w literaturze, tężec trwał 50—100 dni, często występował miejscowo i przeważnie kończył się wyzdrowieniem. *K.*

Doc. Oberst. **O uszkodzeniach prądem elektrycznym.** (*Münch. med. Woch.* 1909. Nr 26). Uszkodzenia prądem elektrycznym należą obecnie do coraz częstszych. Wydarzają się one w fabrykach, u techników i robotników przy instalacyach elektrycznych, a także u publiczności na ulicach w razie przerwania się przewodów, co często wydarza się w zimie, gdy spadnie duży śnieg. Uszkodzenia wtedy są jeszcze o tyle gorsze, że wilgoć ułatwia przechodzenie elektryczności w ciało ludzkie. Prąd elektryczny w instalacyi świetlnej poniżej 250 wolt zazwyczaj nie wywołuje jeszcze uszkodzeń, chyba że warunki są dla prądu korzystne, jak wilgoć i t. p. Prócz napięcia wielkie znaczenie ma siła prądu. Powyżej 10—30 amperów niebezpieczeństwo jest już wielkie. Wielką rolę odgrywa tu także opór ciała w miejscu wejścia i wyjścia. Skóra dłoni stawia opór bardzo wielki (około 200.000 ohmów) narządy wewnętrzne znacznie mniejszy (np. wątroba 900 o., mięśnie 1500 i t. p.). O działaniu prądu w ciele ludzkiem pouczyły tracenia skazańców w Ameryce zapomocą elektryczności. Krótkie jednorazowe włączenie prądu o wysokiem napięciu np. 18.000 wolt nie zawsze wywoływało natychmiastową śmierć i z tego powodu zastosowano kilkakrotne zmiany napięcia. Wyniki sekcyjne są prawie zawsze ujemne. Skutek działania elektrycznego występuje w pierwszym rzędzie w układzie nerwowym. Następuje utrata przytomności, drgawki, trwałe lub przejściowe porażenia i zaburzenia czynnościowe. Często zjawiają się w następstwie stany podniecenia i ubytki pamięci. Najwybitniejsze są zmiany, wywołane termiczno-elektrolitycznem działaniem prądu. W miejscu wejścia i wyjścia powstają zwęglenia i strupy oparzelinowe lub białe, pergaminowate ogniska na skórze, która nieraz jest w wielu miejscach przedziurawiona, jak od postrzału śrutem. W substancyi szarej nerwowej spotyka się krwotoki. Przyczyna śmierci nie jest zawsze jednakowa. Czasem wywołuje śmierć porażenie oddychania, innym znów razem porażenie serca. Przy udzielaniu pomocy w pierwszym rzędzie starać się należy o przerwanie prądu. Należy zawsze pamiętać, że ratujący naraża się przytem sam na niebezpieczeństwo i dlatego najlepiej usuwać druty suchymi drewnianymi drągami lub deskami. W razie ustania czynności serca i oddechu należy zaraz przystąpić do sztucznego oddychania, które pobudza zarazem czynność serca. Niektórzy radzą na podstawie doświadczeń na zwierzętach drażnić serce po otwarciu klatki piersiowej prądem do 240 wolt lub bez otwarcia silnie napiętymi prądami. (Batelli, Schuhmacher). *A.*

Laryngologia i otyatrya.

Hajek. **Ostry ropniak błędnika kości sitowej z wysadzeniem gałki ocznej.** (*Zeitschr. f. Laryng.* T. I. str. 629). Podczas ostrego nieżytu nosa bez gorączki pojawiło się znaczne wysadzenie gałki ocznej prawej, bez obrzęku powiek, bez nieżytu spojówek i bez ograniczenia ruchomości gałki. Badanie stwierdziło ropienie, wychodzące z komórek sitowych, okazujących w pewnem miejscu przy badaniu zgłębnikiem elastyczną podatność. Przy otwarciu kości sitowej od wnętrza nosa, wylała się obfita ilość treści ropnej i w tej chwili ustąpiło wysadzenie gałki ocznej, a ropienie z komórek kości sitowej wkrótce potem ustało. Wysadzenie gałki ocznej musiało mieć przyczynę w znacznem rozdęciu komórek kości sitowej w przebiegu ostrego zapalenia ropnego; po odpłynięciu ropy, ustały natychmiast objawy, wywołane rozdęciem komórki sitowej. *A. B.*

Haenisch. **Anatomia patologiczna i etyologia „czarnego języka“.** (*Fraenkels Arch.* T. XX. Str. 430). Autor sprawdzał badania co do istoty tak zwanego »czarnego języka« i potwierdza zresztą dziś już chyba zgodnie przyjętą przyczynę w przeroście i zrogowaceniu brodawek nitkowatych. Znajdowane przytem grzybki są przypadkowe i nie mają nic wspólnego z przyczyną tego cierpienia. Podjęcie w przyszłości dalszych badań w tym kierunku należy ostatecznie uważać za zbyteczne. *A. B.*

Dan Mac Kenrie. **Ułożenie chorych po operacyach usznych.** (*Arch. internat. de laryng.* 1909. Nr 3). Szczególnie po operacyi doszczętnej dobre sączkowanie jest konieczne. Na to wpływa bardzo korzystnie ułożenie chorych na stronę operowaną, przez co ułatwiony odpływ wydzieliny skraca znacznie czas trwania gojenia. Ponieważ przy tem ułożeniu chorych założone tampony już wkrótce przemakają, dlatego pierwsza zmiana opatrunku musi nastąpić już drugiego dnia. Aby w tem ułożeniu chorym było wygodniej leżeć, zaleca K. odpowiednią poduszkę z otworem o średnicy 13—14 cm w odległości 11 cm od dolnego brzegu poduszki; w ten otwór kładą chorzy operowane ucho. W końcu zaleca K. ułożenie podobne przy wszystkich sprawach ropnych ucha, aby w ten sposób ułatwić odpływ wydzieliny. *A. B.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie siedleckie.

Zebranie organizacyjne

członków siedleckiego Towarzystwa lekarskiego odbyło się dnia 9 maja 1908 r. w Sali Towarzystwa Muzycznego w Siedlcach. Obecnych było członków lekarzy 21, pp. farmaceutów 6 i gości 4, w ich liczbie delegaci warszawskiego Towarzystwa lekarskiego Br. Sawicki i Bohd. Korybut-Daszkiewicz i delegat gremium redakcyjnego »Gazety lekarskiej« kol. redaktor Jan Pruszyński.

Zebranie krótkiem przemówieniem zagaił kol. E. Wiszniewski z Siedlec, poczem na przewodniczącego powołano kol. Antoniego Michałowskiego z Żelechowa, na asesorów: kol. Ignacego Maluszyckiego z Siedlec i kol. Zygmunta Michałowskiego z Radzynia, na sekretarza kol. St. Wąsowskiego z Siedlec.

Historyę powstania Towarzystwa streścił w imieniu organizatorów kol. Wąsowski. Jest ona następująca:

»Myśl założenia w Siedlcach Towarzystwa lekarskiego na wzór innych miast prowincyonalnych rzucił pierwszy kol. Kazimierz Ciągliński w lutym 1902, kiedy liczne grono kolegów żegnało ustępującego inspektora lekarskiego kol. Ignacego Maluszyckiego. Idea znalazła ogólny poklask, grono kolegów-Siedlczan zaczęło krzątać się koło stworzenia i zatwierdzenia ustawy. Ustawa, wzorowana na zasadzie normalnej rządowej z r. 1869, oraz na ustawach Towarzystw lekarskich w Warszawie, Suwałkach i Częstochowie, rozesłana została kolegom z całej gubernii i po zaaprobowaniu jej przez większość, złożona została na ręce p. Gubernatora Subbotkina dnia 22 maja 1902 r. Niestety jednak los nie pozwolił kolegom otworzyć Towarzystwa: p. Subbotkin zażądał bowiem, aby prezesem Towarzystwa był z urzędu inspektor lekarski, zaś wiceprezesem tylko członek z wyboru z pośród kolegów w Siedlcach zamieszkałych. Porobione zostały przez urząd lekarski i inne jeszcze zmiany, ale wszystkie one nikły w porównaniu z tą najważniejszą. Naturalnie organizatorzy nie mogli zgodzić się na ten punkt, nie obniżając wogóle wartości instytucyi naukowej.

Rozpoczęto nowe próby; więc w czerwcu 1902 roku złożono znów podanie o zastosowanie do gubernii Siedleckiej ustawy Towarzystwa Radomskiego, już przez ministeryum zatwierdzonej. Dopiero 22 listopada 1904 ustawa została zatwierdzona przez ministra Durnowa, ale i tu los nie okazał się łaskawym dla organizatorów: do § 42 bowiem dodano maleńki dopisek: »Dyskusye na posiedzeniach Towarzystwa, a także mowy i referaty na uroczystem zebraniu Towarzystwa powinny być wygłaszane w języku rosyjskim«. Dopisek ten obrócił w niwecz wszystkie dobre zamiary organizatorów i zmuszał ich do zaniechania wszelkich marzeń o Towarzystwie.

Zaczęto jednak wyważać otwarte drzwi, dowodzić, komu należy, że jedynym językiem jakiegokolwiek Towarzystwa, złożonego z Polaków, może być tylko język polski. Dnia 3 maja 1905 roku wysłano więc do p. Ministra podanie, żądając zniesienia tego dopisku. (Podanie to, jako wielce charakterystyczne, mowca przytacza). Motywy w istocie rzeczy były błahe, okazały się jednakowoż o tyle przekonywającymi, że dopisek ów został zniesiony i otwarcie Towarzystwa stało się tylko kwestyą czasu.

Czasy jednak (r. 1905 i 1906) nie należały do tego rodzaju czasów, kiedy możnaby było spokojnie oddawać się pracy naukowej. Organizm społeczny trawiony był gorączką polityczną. Trzeba było być jednostką głęboko zdrową — właściwie apolityczną, aby nie dać się unieść wichrowi wydarzeń. Taka drobnostka, jaką wydawało się wtedy Towarzystwo lekarskie, nie mogła zyskać przychylnego serca ogółu kolegów, i dlatego otwarcie Towarzystwa zostało na razie zaniechane. Dopiero rok 1907 dał asumpt kolegom do zajęcia się sprawą Towarzystwa, tembardziej, że przykład kilku innych Towarzystw lekarskich pozwalał stawiać smutne horoskopy dla działalności przyszłego Towarzystwa. Organizatorzy w odezwie, rozesłanej w czerwcu roku 1907, odwołali się do opinii kolegów w tej sprawie, zaś dnia 7 listopada zsumowali opinie kolegów. Kwestyonaryusz rozesłano 53 kolegom, odpowiedzi nadesłano 46. Za bezwzględnem otwarciem Towarzystwa było głosów 37, przeciwnych 7; nie odpowiedziało 6, zaś 3 odpowiedziało na temat wogóle pracy i zrzeszeń lekarskich, nie odpowiadając wprost.

Prace przygotowawcze, jakoto: wydrukowanie ustawy, złożenie jej w urzędzie lekarskim, uzyskanie pozwolenia na zebranie — również wybranie odpowiedniego dla większości kolegów czasu — wszystko to sprawiło, że dopiero dnia 25 kwietnia rozesłano kolegom zaproszenia na zebranie organizacyjne. Oprócz tego oddzielnemi kartami zawiadomiono wszystkie Towarzystwa lekarskie na prowincyi o dniu zebrania z propozycyą wysłania delegatów. Zawiadomiono również i redakcye pism lekarskich na prowincyi i w Warszawie, a oprócz nich z prośbą o wzmiankę najbardziej poczytne pisma codzienne warszawskie«.

Po odczytaniu niniejszego referatu zabrał głos kol. E. Wiszniewski na temat »Cele i zadania Towarzystw lekarskich na prowincyi«, po nim serdecznie w imieniu swojem i warszawskiego Towarzystwa lekarskiego przemawiali kol. B. Daszkiewicz i Br. Sawicki.

Zebranie organizacyjne oznaczyło składkę roczną dla członków na 12 rb., zebrań postanowiło urządzić w ciągu roku dwanaście; zebrania te mają się odbywać w pierwszy piątek po pierwszym każdego miesiąca i rozpoczynać się o godzinie 7-ej wieczór.

Sprawozdanie za rok pierwszy istnienia Towarzystwa od 9 maja 1908 r. do 1 maja 1909 r.

Na pierwszego prezesa powołało zebranie organizacyjne kol. Anastazego Sawickiego, na wiceprezesa kol. Józefa Szawelskiego, na członków zarządu: kol. Wiszniewskiego, kol. Wierzejskiego, Maluszyckiego i Wąsowskiego. Do komisyi rewizyjnej kol. Szamotę z Węgrowa, kol. Polkowskiego z Sokołowa i kol. Podoskiego z Łukowa. Wskutek nagłej śmierci kol. prezesa w dniu 14 czerwca 1908 r. zarządzono nowe wybory, przyczem powołano kol. Szawelskiego na prezesa, na wiceprezesa kol. Adama Jarosińskiego ze Sterdyni; zaś z członków zarządu kol. Maluszycki przyjął na siebie obowiązki skarbnika, a kol. Wąsowski sekretarza i bibliotekarza.

Wobec tego, że wśród członków Towarzystwa było na zasadzie § 4 ustawy — 10 farmaceutów, powołało zebranie w lipcu ubiegłego roku do zarządu prowizora farmacyi, p. Alfonsa Wierzbiętę, właściciela apteki w Siedlcach

W dniu założenia Towarzystwo liczyło ogółem członków 42, w tem lekarzy 33, weterynarzy 2, farmaceutów 7. W ciągu roku sprawozdawczego przybyło nowych członków 11, w tem lekarzy 2, weterynarzy 1, prow. farmacyi 8. Zmarło członków 3: pierwszy prezes T. kol. Anastazy Sawicki — 14 czerwca 1908, kol. Dymitr Bukareff — 17 lipca 1908 i kol. Stefan Zielonko dnia 12 marca 1909 r. Wystąpił z Towarzystwa kol. L. Walewski wskutek wyjazdu do innej gubernii. Przeto w dniu 1. maja 1909 r. Towarzystwo liczyło 50 członków: lekarzy 33, weterynarzy 2, farmaceutów 15.

W roku sprawozdawczym poza zebraniem organizacyjnem odbyło się 11 posiedzeń T. (razem 12), organizacyjne (uroczyste) d. 9 maja 1908 r., później 5/VI, 3/VII, 7/VIII, 4/IX, 2/X, 6/XI, 4/XII 1908 r., 8/I, 5/II, 5/III i 2/IV 1909 r. Na każdem posiedzeniu obecnych było przeciętnie 19 członków. Niestety, taką wysoką liczbę zawdzięcza Towarzystwo w głównej mierze członkom w Siedlcach zamieszkałym, bardzo pilnie uczęszczającym na zebrania. Koledzy zamiejscowi trochę niedopisują pod tym względem, pomimo dość dobrej komunikacyi z Siedlcami. Nadto w posiedzeniach uczestniczyło 8 gości w różnym czasie.

Na zebraniach wygłoszono: 2 referaty inauguracyjne na posiedzeniu w d. 9 maja u. r. przez delegatów kol. J. Pruszyńskiego »Z dziedziny organoterapii« i kol. B. Korybut-Daszkiewicza »O zapaleniu miedniczek nerkowych u dzieci« — i 19 referatów w ciągu roku na zwykłych posiedzeniach Towarzystwa. Z tych 19 referatów koledzy z Warszawy wygłosili 4 referaty, zaś referatów 15 wygłosili członkowie Towarzystwa.

Referaty wygłosili: 1-szy kol. A. Jarosiński ze Sterdyni: »O kamicy żółciowej«, 2-gi Sitkowski z Radzynia »O intubacyi« (druk. w Czas. lekarskiem), 3-ci Jarosiński: »Pozycya lekarza na prowincyi« (druk. w Czas. lek.), 4-ty Br. Sawicki z Warszawy: »Sigmoiditis et perisigmoiditis«, 5-ty Szamota z Węgrowa: »Ulcus ventriculi rotundum«, 6-ty kol. Wąsowski z Siedlec »O szczepionkach przeciwcholerycznych«, 7-my Wiszniewski z Siedlec: »Appendicitis«, 8-my Sztejn z Siedlec »O surowicy przeciwpłoniczej zapobiegawczej i leczniczej«, 9-ty Sitkowski: »Sprawozdanie z działalności szpitala w Radzyniu z r. 1908«, 10-ty kol. Leśniowski z Warszawy: »W sprawie kamieni w moczowodach«, 11-ty Jarosiński: »Chorea hereditaria tarda«, 12-ty Wiszniewski: »Przyczynek do powikłanych złamań czaszki«, 13-ty Zieliński z Warszawy: »O szablonowem stosowaniu niektórych zabiegów leczniczych«, 14-ty zbiorowy referat kol. Jarosińskiego i prowizora Wierzbięty: »Diazoreakcya Ehrlicha i jej znaczenie kliniczne«, 15-ty kol. Barszczewski z Warszawy: »Rentgenodyagnostyka w chorobach organów wewnętrznych«, 16-ty kol. Sitkowski: »Przyczynek do patologii dusznicy bolesnej«. Nadto na posiedzeniu specyalnie poświęconem Darwinowi wygłosili referaty: 17-ty kol. Jarosiński: słowo wstępne, biografia i bibliografia D., 28-ty kol. Szawelski z Siedlec: »Historya biologii do Darwina« i 19-ty kol. Jarosiński: »Wpływ teoryi ewolucyi na rozwój wiedzy ludzkiej«.

Przedstawiono 2 chorych: jednego cierpiącego na *chorea hereditaria tarda* (kol. Jarosiński) i jednego na *chorea minor* (kol. Wąsowski). Oprócz tego kol. Jarosiński przedstawił bardzo dużo kamieni żółciowych różnej formy i wielkości, znalezionych w kale osób, leczonych przez niego na kamicę żółciową; kol. Leśniowski wyjętą nerkę z powodu ropnego zapalenia miedniczek przy kamicy; kol. Wiszniewski — zoperowany przedziurawiony wyrostek robaczkowy i kol. Sawicki — resekowaną pętlę esowatą. Względnie obfity dorobek umysłowy w roku sprawozdawczym zawdzięcza Towarzystwo energii i zapałowi do pracy

kilku kolegów-członków Tow., jak i względnej bliskości Warszawy, wobec czego mogliśmy więcej, niż inni, korzystać ze światłych rad, wskazówek i prac kolegów warszawskich. Podnieść należy z najżywszem uznaniem tę szlachetną a bezinteresowną pomoc, jaką młodocianemu Towarzystwu okazywali koledzy z Warszawy: kol. Br. Sawicki, A. Leśniowski, B. Korybut-Daszkiewicz, pomoc, wyrażającą się w dojeżdżaniu do Siedlec, szczerem interesowaniu się sprawami Towarzystwa i popieraniu w miarę sił i możności wszelkich zamierzeń Zarządu. Należy się podziękowanie i uznanie kol. J. Pruszyńskiemu i Kol. Ed. Zielińskiemu za odczyty i kol. Barszczewskiemu za odczyt o rentgenodyagnostyce, wspaniale ilustrowany przezroczami i za serdeczne zainteresowanie się sprawami Towarzystwa.

Z działalności Towarzystwa, wykraczającej poza zakres komunikowania sobie wzajemnego spostrzeżeń i prac, wymienić należy: opracowanie przez kol. Jarosińskiego kwestyonaryusza o gruźlicy, który w grudniu zeszłego roku rozesłany został do wszystkich kolegów w gubernii. Dalej — wobec grożącej jesienią cholery sprowadzono z Instytutu Medycyny Doświadczalnej z Petersburga 400 flakonów surowicy przeciwcholerycznej, przygotowanej na sposób Kollego. Cholera jednak nie doszła do nas i szczepionki leżą niezużytkowane (zaszczepiło sobie ją tylko dwie osoby). Postanowiono poza godzinami posiedzeń Tow. — w dnie posiedzeń urządzać kursy repetycyjne dla kolegów na zamówione tematy, a na te kursy zapraszać kolegów specyalistów z Warszawy. Postanowienie to nie przybrało jeszcze form realnych, jest jednak zamiar wprowadzić je w życie w tym roku jeszcze.

Było i jest zamiarem Towarzystwa — z członków-prowizorów farmacyi utworzyć oddzielną autonomiczną sekcyę farmaceutyczną. Dla tej przyczyny na zebraniu w d. 3 lipca 1908 r. wybrany został do zarządu prowizor farmacyi Wierzbięta, któremu Zarząd poruczył zająć się utworzeniem sekcyi. Niestety — ogół członków farmaceutów siedleckich wypowiedział się przeciw temu. Może szerszy ogół pp. farmaceutów zmieni to postanowienie i sekcya farmaceutyczna zostanie utworzoną.

Dnia 2 kwietnia, pragnąc łącznie z całym światem cywilizowanym uczcić pamięć K. Darwina, Zarząd Towarzystwa urządził uroczyste posiedzenie dla członków Tow. z udziałem publiczności. Na estradzie wśród zieleni ustawiono portret Darwina, nabyty przez Towarzystwo; prelegenci: kol. Jarosiński, kol. Szawelski i prof. Szkoły Podlaskiej p. Chełmiński dali całokształt teoryi ewolucyi. Publiczność (głównie młodzież) dopisała dość licznie i obchód został przyjęty przez ogół bardzo przychylnie.

Co się tyczy prac Zarządu, to w roku sprawozdawczym odbył on 24 posiedzenia, poświęcone sprawom administracyjnym i opracowaniu porządków dziennych. Ruch korespondencyi obejmował NN. 864, w tem wpłynęło 101, zaś wysłano 763.

Lokalu własnego Towarzystwo nie posiadało. Przez cały rok postanowiono wynajmować salę w Towarzystwie Muzycznem Siedleckiem. Mieszkanie własne ma być wynajęte od 1. lipca b. r.

Biblioteka. Zawiązkiem dość znacznej biblioteki Towarzystwa była biblioteka po zmarłym w Wągrowie kol. Wyszomirskim; wdowa po nim ofiarowała w 1903 r. tę bibliotekę mającemu się utworzyć Towarzystwu lekarskiemu. Składa się ona z 326 tomów dzieł przeważnie niemieckich, wśród których jest sporo zupełnie nowych (około 65 tomów). Pierwszy prezes Towarzystwa kol. Anastazy Sawicki testamentem zapisał towarzystwu całą swoją bibliotekę, mikroskop Zeissa i maleńką podręczną pracownię analityczną. Biblioteka ta obejmuje około 725 tomów dzieł lekarskich i około 100 tomów dzieł treści naukowej, ale nie lekarskich. W liczbie książek lekarskich około 300 tomów zajmują roczniki pism lekarskich polskich i rosyjskich. Wskutek ciasnoty pomieszczenia i braku odpowiednich szaf biblioteka do dziś dnia nie mogła być skatalogowaną. Oprócz tego znaczniejsze dary ofiarowali kol. Ciągliński Kazimierz, kol. Korybut-Daszkiewicz, kol Krassowski i inni. W roku sprawozdawczym na zasadzie postanowienia zebrania ogólnego prenumerowano z pism lekarskich tylko »Czasopismo lekarskie« (obecnie »Przegląd lekarski«) i »Wraczebną Gazetę«. Postanowiono natomiast kompletować bibliotekę rocznikami pism lekarskich (po skończeniu roku). Postanowiono również zakupić dla Towarzystwa »Encyklopedyę Realną Nauk Lekarskich«, co uczyniono.

Dochody Towarzystwa od 9. V 1908 do 1. V 1909 wynosiły 489·75 r. (w tem składki członków 460 rb.), wydatki zaś 281·05 rb.; pozostałość na rok następny wynosi 208·70 rb.

Sekretarz: *Dr Stanisław Wąsowski.*

Polskie Towarzystwo lekarskie w Kielcach.

Posiedzenie z dnia 24 października 1908.

Obecnych 8 członków.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i podpisano.

2) Kol. Prezes zwraca uwagę na **pyocyanazę** Emmericha, która jest substancyą, znajdującą się w hodowli laseecznika zielonej ropy i ma własność zabijać wszelkie bakterye, opiera się jej tylko prątek Kocha.

3) Kol. Kosieradzki przedstawił chorą z **przewlekłem zapaleniem rdzenia**, u której brak zaburzeń ze strony pęcherza i kiszki stolcowej

4) Kol. Schenk przedstawił chorego chłopca, mającego lat 14. Zachorował przed 4 tygodniami, według słów matki dostał silnego rozwolnienia, po paru dniach stolce z dużą domieszką krwi, przytem boleści, ciągłe parcia na stolec; potrochu stan się poprawił o tyle, że krew w stolcach przestała się ukazywać, czyszczenie jednak nie ustawało — natomiast chory zaczął puchnąć. W szpitalu znalazł się w 3. tygodniu swojej choroby. W pierwszych dniach pobytu chory pod wieczór miewał gorączkę do 38°, przy rannej ciepłocie nieprzekraczającej 36,6 (*typus remittens*); w płucach, sercu zmian żadnych, twarz lekko obrzękła, na stopach obrzęki dość znaczne, w jamie brzusznej cokolwiek płynu; stolców 3—4 dziennie, płynnych, z dużą zawartością śluzu, zielonkawych, bez krwi; język lekko obłożony — bolów żadnych, mocz bez białka. W dalszym ciągu obserwacyi — obrzęki szybko się powiększają i dziś znaczna puchlina brzuszna, kończyny dolne całe obrzękłe, również ręce, twarz; mocz, badany przez kol. Kosieradzkiego, wykazuje ślady białka, parę ziarnistych wałeczków. Zachodzi pytanie, jakiego pochodzenia są obrzęki w danym przypadku, czy można przyjąć zapalenie nerek, wobec tego, że kilkakrotnie badany mocz białka właściwie nie zawierał; w końcu drugiego tygodnia, kiedy obrzęki dosięgły wysokiego stopnia, mocz wykazuje zaledwie ślady białka i parę wałeczków ziarnistych. Kol. Szenk przytacza analogiczne przypadki z praktyki prywatnej; — skłonny jest przyjąć w danym przypadku zubożenie krwi w białko wskutek przebytej dysenteryi za *primum movens* danej sprawy obrzękowej. Biegański w swojej dyagnostyce przyjmuje istnienie pierwotnych obrzęków (*hydrops essentialis*), szczególniej po płonicy, a także wprost od wpływów atmosferycznych (przeziębienia), przyczem zmian w sercu lub w układzie krwi niema; od czego zależne obrzęki, jednak nie podaje.

Sekretarz: *Dr A. Ryttel.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Który lekarz jest „starszy"? Bardzo często przy sekcyach sądowych zachodzi pytanie, który z lekarzy jest »starszy« (»der Ältere« przepisów). Bywa to nieraz powodem niemiłych sporów, jedni bowiem sądzą, że tu wiek odgrywa rolę, inni znów, że liczba lat po promocyi. Rozstrzygnięcie tego jest konieczne, jak o tem świadczy między innemi artykuł kol. Lewintera w Nrze 15. »Głosu lekarzy« i sądzimy, że Izby lekarskie powinnyby zająć się tą sprawą. Według naszego zdania określenie »starszy« w pojęciu, że tak powiemy prawnem, odnieść należy do długości lat praktyki, a jedynie tam, gdzie ta różnica jest bardzo mała, np. kilku tygodni lub miesięcy, a lekarze sami przy sekcyach na kolejną zmianę zgodzić się nie chcą, starszy wiekiem kolega ma prawo do »starszeństwa«. Że wiek sam nie może odgrywać tu głównej roli, jak sądzi np. kol. Lewinter, udowodnić nie trudno. W urzędach wiek nie odgrywa żadnej roli, ale jedynie lata służby, a te u lekarzy liczą się dopiero od doktoratu, a nie np. wstąpienia na uniwersytet i t. p. W tem też zapewne znaczeniu użyto wyrazu »starszy« w przepisach urzędowych o sekcyach sądowych, choć możnaby to określenie rozumieć także i w ten sposób, że »starszy« jest ten lekarz, który dłużej już działa jako lekarz sądowy (a więc poniekąd »urzędowy«). Zresztą bezwątpienia w naszym zawodzie nieraz dość trudno określić, kto jest »starszym« jako lekarz. Jeden kolega jest wprawdzie 15 lat po doktoracie, ale np. przez

8 lat nie zajmował się wcale praktyką, tak że dopiero właściwie od 7 lat »służba« jego się liczy. Drugi znów jest np. 9 lat lekarzem i przez ten czas praktykował pilnie w szpitalach. Jasną jest chyba rzeczą, że ten drugi powinienby być uważany za starszego, choć właściwie jest młodszy i wiekiem i latami po doktoracie od pierwszego. Nie mając żadnych urzędowych rang, muszą lekarze iść wśród tych różnych niepewnych danych i kolizyi jedynie drogą etyki i wzajemnych ustępstw; niestety nie zawsze dochodzi do porozumienia i zgody! *N.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 1. VIII. do 7. VIII. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 3 † — (w tem obcych 1 † —), płonicy 25 † 2 (8 † —), odry 15 † 1, duru brzusznego 1, czerwonki 2, gorączki połogowej 3 (3). *Dr Legeżyński.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 1. VIII. do 7. VIII. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 3 † 1 (w tem obcych 3 † 1), płonicy 8 † 3 (w tem obcych 1 † 2), odry — † 1 (— † 1), duru brzusznego 3 † 1 (2 † —), czerwonki 1 † — (1 † —), róży 1, jaglicy 2.

Dr Janiszewski.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Cesarz zamianował dyrektorem szpitala św. Łazarza Dra Józefa Krzyszkowskiego.

Warszawa. Towarzystwo lekarskie warszawskie liczyło z końcem r. 1908 członków honorowych 9, czynnych 278, korespondentów 64, przybranych 3. W ciągu r. 1908 odbyło Towarzystwo 28 posiedzeń klinicznych, na których odbyło się 36 odczytów (najwięcej z medycyny wewnętrznej: 11) i 28 demonstracyi; na posiedzeniach bywało średnio 60 członków. Bilans funduszów i majątku Towarzystwa zamknięto w stanie biernym i czynnym kwotą 366850 rb.; własny majątek Towarzystwa wynosi 146094 rb.; dochody i rozchody w funduszu własnym wynosiły 6672 rb.; dom Towarzystwa dał 12497 rb. dochodu, ale wymagał 15027 rb. wydatku. Na »Pamiętnik Towarzystwa«, rozchodzący się w 427 egzemplarzach (poza zaborem rosyjskim jest wszystkiego 2, wyraźnie dwóch prenumeratorów!!) wydano w r. 1908 — 2049 rb.; na bibliotekę, obejmującą 27709 numerów inwentarza — 1085 rb.; na pracownię, w której pracowało 7 lekarzy — 640 rb.

— Dla upamiętnienia 25-letniego jubileuszu działalności zawodowej Dra Bronisława Sawickiego wydało grono jego uczniów i współpracowników księgę jubileuszową, obejmującą na 366 stronicach folio prace naukowe 21 autorów.

Z różnych stron. Bezczelność reklamy fabrykantów specyfików maluje fakt, że berlińska firma Norris Zahn i Sp. w ogłoszeniach w warszawskiej »Nowej Gazecie« nadużywa nazwiska Prof. Boasa, podając go jako rzekomego wynalazcę reklamowanego przez siebie przetworu »Norridal«. Prof. Boas, protestując przeciwko temu nadużyciu w »Deutsche med. Wochenschrift« (Nr 30), prosi lekarzy polskich, aby, o ile się o tym proteście dowiedzą, nadużycie należycie napiętnowali.

— Skutki trzęsienia ziemi w Messynie ze stanowiska lekarskiego omawia w »Münchener med. Wochenschrift« (Nr 26) Prof. Galli. Zwłoki znajdowano często w ułożeniu, zastygłem niejako za życia, jak to wydarza się i na polu bitew tam, gdzie śmierć następuje bardzo nagle. U wielu osób spostrzegano po trzęsieniu zboczenia psychiczne. Jak głęboko psychicznie zadziałać może trzęsienie ziemi, dowodzi spostrzeżenie na Prof. Parmigiani, który sam opowiada, że o ile dawniej ze stanowiska estetyki uważał za piękniejsze domy wysokie, o tyle obecnie tylko nizkie i szerokie. Głód znosili mieszkańcy po trzęsieniu bardzo łatwo po 2 tygodnie i dłużej. De Sandoo badał wpływ trzęsienia ziemi na nerki u 340 osób. W 40·31% znalazł zwiększenie chlorków i wysoki ciężar gatunkowy; zmiany te trwały do 2 tygodni. Wiele inteligentnych osób opowiadało, iż po trzęsieniu ziemi spostrzegło zaraz, że mocz był mętny i zawierał obfity osad. U 8·21% zranionych w głowę wystąpił cukromocz (3—5%), trwający do tygodnia. Wśród zranień chirurgicznych przeważały stłuczenia i rany, zwłaszcza darte. Często występował (zwykle koło 8 dnia) tężec. *N.*

Mianowani: Dr T. Kolisko ordynatorem szpitala św. Ducha w Warszawie;

Dr Dubreuilh profesorem dermatologii w Bordeaux.

Zmarli: ginekolog Prof. Runge w Göttingen, ginekolog Prof. Rosthorn w Wiedniu.

Dr med. Stanisław Bucelski, starszy ordynator zakładu dla obłąkanych w Tworkach, zmarł w Bizorendzie (gub. kieleckiej). Piśmiennictwo polskie wzbogacił kilku poważnemi pracami, drukowanemi przeważnie w »Gazecie lekarskiej« (O zmianach w komórkach nerwowych przy bezwładzie postępującym 1890, Czynniki wywołujące bezwład postępujący u mężczyzn 1900, Cierpienia układu mózgo-rdzeniowego, poprzedzające bezwład postępujący lub z nim współistniejące 1903, wreszcie Dzieje zakładu dla obłąkanych w Tworkach 1903, 1905/6);

Redakcya otrzymała: Riviere: 1) Traitement des tumeurs malignes par la scintillation alto-fréquente. 2) Fulguration et cytolyse alto-fréquente du cancer. »Ann. d'électrobiologie« 1909. — Runge: Ub. die Pathogenese der Prostatahypertrophie. »Mitth. aus d. Grenzgeb.« 1909. — Serkowski: Domowe sposoby badania produktów spożywczych (tablica). Wydanie III. Warszawa 1909.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.